FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

40

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard, Yao BEDA

Né le 13 Mars 1937, à Agboville (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 196

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes gastro-duodénales

Président : M. LAMBLING, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard, Yao BEDA

Né le 13 Mars 1937, à Agboville (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 196

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Contribution à l'étude des tumeurs bénignes gastro-duodénales

Président : M. LAMBLING, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laviers (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; - *Cochin :* Leger (L.) ; - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) ; - *Pitié :* Cordier (G.) ; - *Saint-Antoine :* Gosset (J.) ; - *Salpêtrière :* Sicard (A.) ; - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.) ; *- Cochin :* Brouet (G.) ; *- Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; *- Lariboisière :* Sèze (S. de) ; *- Pitié :* Dreyfus (G.) ; *- Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) ; *- Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) . .	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . .	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique . .	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . .	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . .	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . .	Kreis (B.)

Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).
Rhumatologie . . . . . Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).
Pathologie exotique : M. Schneider (J.)
Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);
Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).
Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);
Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).
Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).
Rhumatologie : M. Massias (P.).
Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).
Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).
Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).
Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).
Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).
Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).
Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A toi qui jamais n'en verras les fruits, le petit arbre que tu as tant arrosé de tendresse te dit merci.

Que la terre toujours te soit légère, Maman.

A MON PÈRE

Dans la nuit de notre enfance, tu nous as appris que la meilleure lanterne était les livres, et malgré tes ressources limitées, tu te privais pour nous en acheter.

Merci, Papa, de nous avoir fait la courte-échelle pour nous permettre de voir l'autre côté du mur.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

Vous qui avez accepté de céder votre part afin que sur des terres lointaines votre aîné ne meurt de froid et de faim, croyez que je ne vous oublie pas.

A MON ÉPOUSE

Dans nos moments les plus sombres, ta tendresse à toute épreuve ne m'a jamais fait défaut.

Par toi, le petit arbre de ma mère continue d'être arrosé.

Trouve ici toute ma gratitude et mon profond amour, ainsi que celui de nos enfants.

A MES ENFANTS

Dans la gare des professions, j'espère que vous ne manquerez pas le train. J'espère aussi que, le prenant, vous ferez le voyage jusqu'au bout.

A MES COUSINS

RENÉE ET PHILIPPE YACÉ

Vos bras et vos cœurs m'ont toujours été ouverts.

Pour moi, pour ma famille, vous resterez ceux qui, quelle que soit l'heure, répondent toujours quand on frappe.

A MES COUSINS

SEKA-AYEKOUE ET ACHI YAO

Avec tous mes devoirs.

A MON AMI

CAMILLE DJADJI AMOUYE

Que la terre te soit légère, mon cher "Hermano", mon cher frère.

A MON AMI

ALEXANDRE DJE-BI-DJE

Mon vieil ami d'enfance, mon frère.

A Monsieur le Professeur André LAMBLING

Chef de Service

Professeur Titulaire à Titre Personnel

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur (Défense Nationale)

Vous nous avez fait l'honneur de nous accueillir dans votre Service et de nous inclure dans votre équipe de travail.

Vous nous avez enseigné, en allant le chercher là où il se cache, le détail qui permet de cerner d'encore plus près la réalité clinique.

Vous nous avez enseigné aussi que, pour le médecin, tous les jours sont des jours de labeur pour encore mieux faire.

Que ce modeste travail, cher Maître, représente notre manière à nous de vous dire merci pour tout ce que vous nous avez apporté et qui nous aide dans la pratique quotidienne de notre métier.

A Monsieur le Professeur Agrégé Yves LE QUINTREC

Vous avez accepté, malgré vos charges à la Faculté, de nous aider dans notre travail.

Veuillez trouver ici, cher ami, l'expression de toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur J.-R. GOSSET

Directeur du *Concours Médical*

En souvenir de notre amitié.

A Madame et au Docteur Charles LESTOCQUOY

Vernon (Eure)

Par votre amitié constante, vous nous avez montré que nos joies et nos peines étaient aussi les vôtres.

A Ignace AFFOH

A Joseph AKOMIAN-EDDY

A Clément ANGORAN

Votre présence fraternelle à nos côtés sera toujours pour nous l'exemple même de la fidélité.

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes de l'estomac, connues au siècle dernier, s'affirmèrent, avec CRUVEILHIER (1835-1842), « comme une entité nouvelle » (FÉKÉTÉ). Longtemps restées des découvertes nécropsiques (cas rapportés par VIRCHOW, par MÉNÉTRIER en 1888, par MURRAY en 1889, par TILGER en 1893, par BÉNAKY en 1905, etc.), elles attendirent le XX^e^ siècle pour voir à leur sujet se multiplier les publications : on parla alors d'adénomes, de lipomes, de myxomes, de fibromes, de myomes, de schwannomes, d'angiomes, de tumeurs villeuses, de tumeurs glomiques, de tumeurs carcinoïdes et de bien d'autres types histologiques de tumeurs gastriques bénignes, sans oublier certaines autres pour lesquelles une analyse anatomo-pathologique si minutieuse soit-elle n'a pas encore trouvé de compartiment.

Il ne faut pas oublier, dans l'histoire de ces néoformations bénignes de l'estomac, l'année 1911 qui marque une époque importante au cours de laquelle LERICHE décrivit une tumeur dont on venait de faire l'exérèse chirurgicale chez un patient porteur de maladie de Recklinghausen et dont ROUSSY devait, onze ans plus tard (1922), faire la description histologique sous le vocable de « schwannome ».

La symptomatologie clinique de ces tumeurs bénignes gastriques est loin d'être univoque et les signes les plus variés jalonnent le chemin de leur diagnostic qui, comme nous le verrons plus loin, est un diagnostic essentiellement histologique. Aussi, devant le polymorphisme des manifestations cliniques, vouloir poser un diagnostic quelconque en se fondant sur les seules données nosologiques peut paraître une gageure.

Les moyens d'approches diagnostiques de ces néoformations gastriques bénignes sont d'abord la radiologie, qui les situe, ensuite la gastroscopie qui précise les données radiologiques, enfin l'histologie qui, seule, peut permettre d'affirmer le caractère bénin de la tumeur et en orienter l'importance du cadre de l'exérèse chirurgicale qui est la thérapeutique la plus communément admise à l'heure actuelle.

Dans le Service de Gastro-Entérologie de notre Maître, André Lambling, à l'Hôpital Bichat, et avec l'aide de ses collaborateurs, nous avons collationné quelques observations concernant ces néoformations bénignes de l'estomac et aussi du duodénum :

— 3 observations de polypes gastriques ;

— 3 observations de pancréas accessoires de siège gastro-duodénal ;

— 1 observation de schwannome gastrique ;

— 4 observations, enfin, de tumeurs histologiquement non classées.

Nous ne prétendons pas, dans ce modeste et rapide travail, aborder le chapitre des tumeurs bénignes gastro-duodénales de façon exhaustive, mais exposer ces quelques observations d'une manière aussi claire que possible, en en faisant saillir, chaque fois que nous le pourrons, les circonstances de leur découverte.

Nous n'avons eu, dans ce travail, d'autre but que celui de confronter nos remarques avec celles de la littérature qui nous auront paru les plus significatives à ce sujet.

CHAPITRE I

LES POLYPES GASTRIQUES
(3 observations)

• OBS. N° 1 : *M. G... Marcel,* soixante-douze ans. Dossier du Service n° 11.485.

Adressé par son médecin parce qu'il « présente une hépatomégalie très suspecte de néoplasie avec métastases pleuro-pulmonaires et anémie importante ». Cela se passait le 19 mai 1964.

On retrouve, dans les antécédents de ce malade au mauvais état général et à la suite d'un interrogatoire difficile, la notion d'une intervention sur l'estomac pour « tumeur ». Les renseignements auprès du centre hospitalier où il a subi cette intervention devaient nous apprendre qu'il s'agissait d'un *volumineux polype gastrique dont la surface est érodée* en plusieurs points et présente une forte congestion vasculaire ainsi qu'une infiltration leucocytaire diffuse, et que d'autre part on n'avait noté « aucune transformation maligne » (Docteur FEYEL, 14 janvier 1961). Le malade assure d'autre part qu'il a eu des *vomissements* post-prandiaux, qu'il était *anorexique* et qu'il avait *maigri* pendant quelques mois avant l'intervention. Il ne se souvient pas d'avoir eu des douleurs abdominales (en particulier pas d'épigastralgies). Les suites opératoires ont été bonnes.

A l'entrée du malade dans le Service, on découvre, à l'examen clinique, une matité franche, hydrique, du champ pulmonaire droit.

Une ponction pleurale fait aspirer 500 cm^3 de liquide sanglant dont la culture sur milieu de Loewenstein se révèle positive. D'autre part, on retrouve à la numération globulaire : *2.540.000 G.R.,* 5.000 G.B., une V.S. à 106-137.

Le malade est mis au traitement triple (P.A.S. - streptomycine - rimifon) et sort le 7 août de la même année avec un état général très satisfaisant, son épanchement s'étant résorbé.

— *Conclusion :* malade de soixante-douze ans opéré d'un polype gastrique il y a trois ans, présentant une hépatomégalie avec liquide pleural contenant des B.K.

• OBS. N° 2 : *Mme D... Jeanne,* soixante-cinq ans, femme de ménage. Dossier du Service n° 10.433.

Entre dans le Service, le 15 décembre 1958, adressée par son médecin, pour :

— *douleurs cervico-dorsales* spontanées rebelles à toutes les thérapeutiques essayées jusqu'à son hospitalisation ;

— *dyspnée d'effort* de plus en plus marquée depuis quelques semaines ;

— *asthénie* depuis trois ans.

On note, à l'interrogatoire, que trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu un malaise général avec impression de chaleur généralisée accompagnée de sueurs profuses, *vomissements* alimentaires banaux et une *selle* impérieuse *rouge sombre.*

On pratique alors, devant la notion d'émission d'une selle probablement mélanique, une numération globulaire qui montre une anémie à *2.480.000 G.R.,* avec 7.800 G.B., une V.G. à 100, *une V.S. à 53-87.*

Les examens radiographiques montrent :

— une *arthrose* de la *colonne cervicale ;*

— et au niveau de l'estomac, « une *image* arrondie *de « defect » dans la corne supérieure du bulbe.* On pense à un polype peut-être pyloro-gastrique invaginé dans le bulbe, mais peut-être d'origine gastrique ».

La gastroscopie fut impossible : coudure du bas-œsophage.

A noter qu'il n'a pu être fait de tubage gastrique avant l'intervention qui fut pratiquée dans les services de l'hôpital.

Compte rendu opératoire (Docteur Pironneau) : « Polype de la taille d'un petit pois, au contact du pylore. On enlève un polype à pédicule assez large, implanté sur le pylore, versant gastrique. Ligature et enfouissement sous-muqueux du pédicule. Le pylore est hypertrophié. Le reste de l'estomac est normal. L'orifice diaphragmatique de l'estomac est dilaté. La rate est petite. Pancréas, vésicule et foie sont normaux. »

Compte rendu histologique (Docteur F. Potet) : « Ce fragment biopsique est constitué au centre d'un tissu conjonctif correspondant au chorion de la muqueuse sur la moitié de la circonférence. La muqueuse est d'aspect pylorique tout à faire normal. Sur l'autre portion, existent des glandes de Brünner dans la sous-muqueuse sans aucune hypertrophie adénomateuse. L'aspect est celui d'une biopsie à cheval sur la région pylorique. »

Les suites opératoires furent sans histoire et la malade reprit une activité normale.

— *Conclusion :* malade de soixante-cinq ans entrée dans le Service parce qu'elle a des cervicalgies spontanées, une dyspnée d'effort progressive, une selle mélanique unique. Polype du versant gastrique du pylore, non dégénéré à l'examen histologique.

• OBS. N° 3 : *Mme S... Juliette*, cinquante-sept ans, manutentionnaire dans un magasin de chaussures. Dossier du Service n° 9.698.

La malade vient consulter, le 16 mai 1960, parce que :
— elle a *maigri* de 10 kg en treize mois ;
— elle a une *asthénie importante ;*
— elle a une *anorexie* élective pour les viandes ;
— elle a une *constipation* opiniâtre rythmée par une selle tous les huit jours, et qu'elle traite depuis plusieurs années par des laxatifs irritants.

On ne note, d'autre part, pas de douleurs épigastriques, ni de dyspepsie, ni d'hémorragie digestive, ni de diarrhée.

Parmi les antécédents, on retient seulement que le père de la malade serait décédé de « maux d'estomac », sans d'autres précisions.

Lavement baryté normal. Deux petits polypes à l'anuscopie.

La malade est hospitalisée pour explorations complémentaires. On note :
— une anémie hypochrome à la numération globulaire : G.R. : 3.560.000 ; V.G. : 0,9 ;
— une « image anormale de la petite courbure gastrique » à l'exploration radiologique ;
— à la gastroscopie : « *Polype* solitaire *de l'angle de la petite courbure,* arrondi, de 9 à 10 cm, de la couleur du reste de la muqueuse, *à base ulcérée,* sans caractère apparent de malignité. Par ailleurs, muqueuse rose pâle, lisse, avec gastrite atrophique généralisée et réseau veineux dense, apparent » ;
— sérologie positive : Kahn : + ; Kline : ++ ;
— tubage gastrique : *achlorhydrie totale :*
  — volume global : 114 cm^3 ;
  — concentration HCl : 0 ;
  — débit HCl : 0.

La malade est passée dans le Service de chirurgie et l'intervention est pratiquée le 30 juin 1960 (Docteur Hepp) : « Adénome de la portion horizontale de la petite courbure. Large exérèse de la muqueuse à distance du pied du pédicule correspondant à une pièce de cinq francs. »

L'examen histologique (Docteur F. Potet) « confirme les résultats de l'examen extemporané en montrant une prolifération de tubes glandulaires à glandes claires de type *adénome brünnerien.* Aucun aspect suspect n'est relevé sur les trois fragments pratiqués au niveau de cette tumeur. La muqueuse du collet de la tumeur est de type pylorique ».

Les suites opératoires n'ont posé aucun problème.

La malade est revue cinq mois après l'intervention (novembre 1960). Une gastrobiopsie est pratiquée : « Fragment de muqueuse fundique tout à fait normal. Il n'existe aucune gastrite interstitielle. Muqueuse fundique d'apparence normale. »

— *Conclusion :* malade de cinquante-sept ans, asthénique, amaigrie (10 kg en treize mois), constipée chronique. Image anormale

de la petite courbure à la radiographie qui se révèle être un polype solitaire de l'angle à la gastroscopie. Tumeur histologiquement bénigne. Bonnes suites opératoires.

* *

Nous avons vu 3 polypes gastriques que se partagent deux femmes et un homme, âgés de cinquante-sept, soixante-cinq et soixante-douze ans.

Les sièges de ces adénomes se répartissent ainsi :

— petite courbure gastrique : 1 cas ;

— versant gastrique du pylore : 1 cas.

Autant que nous puissions parler de symptomatologie, nous avons relevé certains signes saillants des circonstances de découverte, à savoir : des vomissements (2 cas), des hémorragies digestives (1 cas, soit 25 % ; 50 % pour HILLEMAND), de l'amaigrissement (2 cas), de l'anémie (2 cas), de l'achlorhydrie (1 cas), de la gastrite atrophique (1 cas).

Nous n'avons pas observé d'association éventuelle avec une maladie de Biermer, quoique cette possibilité ne soit pas rare (1 cas pour HILLEMAND, 7 à 14 % pour BRUNN et PEARL, 6 % pour RIEGLER et KAPLAN, 13 % pour SCHLINDER, et 14 % pour Ch. DEBRAY).

Histologiquement, nous avons rencontré deux variétés de tumeurs, les adénomes banaux (1 cas) et les adénomes brünneriens (2 cas), à propos desquelles nous n'avons remarqué aucune dégénérescence maligne, alors que pour certains auteurs cette éventualité représente un pourcentage assez élevé (35 % pour Ch. DEBRAY).

Quant au traitement, il a été chaque fois chirurgical, et l'importance de l'exérèse fonction du siège, du volume, et surtout des résultats de l'examen histologique extemporané quand ce dernier a pu être pratiqué.

CHAPITRE II

LES PANCREAS ABERRANTS
(3 observations)

• OBS. N° 1 : *Mme C... Lucienne,* trente-six ans, couturière. Dossier du Service n° 10.048.

Malade de la consultation de médecine (Docteur PESTEL) adressée au Service pour *syndrome douloureux épigastrique,* le 20 mars 1961.

On note dans ses antécédents des pesanteurs épigastriques survenant après les repas, apparues il y a trois ans, avec impression de digestion très lente et non terminée pour le repas de midi au moment du repas du soir.

Il y a six mois (octobre 1960), la malade a éprouvé des douleurs épigastriques très vives, à type de crampe, de torsion, sans irradiation, sans horaire particulier, non calmées par l'ingestion d'aliments, ayant duré environ deux mois (octobre-novembre) et disparu totalement le mois suivant (décembre), accompagnées de *vomissements, d'anorexie* élective pour les graisses. Pas d'amaigrissement.

Devant la reprise des troubles, des clichés de l'estomac furent pratiqués dans le Service du Docteur PESTEL, qui montrèrent « une irrégularité de l'antre prépylorique avec aspect d'ulcération de face ». Une deuxième série de clichés fut réalisée, qui fit conclure à des « images faisant suspecter une *ulcération dysmorphocytaire de la région antrale* ». Le Docteur BONFILS, consulté, conseilla l'hospitalisation pour bilans éventuellement pré-opératoires.

La malade est hospitalisée. Elle continue à souffrir surtout le matin. Pas de nausées, pas de vomissements. L'interrogatoire décèle que la malade fume un paquet et demi de cigarettes par jour, qu'elle a un éthylisme pratiquement nul. L'examen clinique est assez pauvre : seulement une certaine sensibilité du creux épigastrique à la palpation. Foie, rate et ganglions normaux.

Examens complémentaires :

— Numération globulaire :
  — G.R. : 3.970.000 ;
  — G.B. : 7.600.
— Vitesse de sédimentation globulaire : 2-4.
— Urée sanguine : 0,30 %.
— Glycémie : 0,80 %.

Radiographie de l'estomac (Docteur Mombet) : « On retrouve une image d'ulcération de face (face antérieure) pré-pylorique dont les caractères sont difficiles à analyser.

Il s'agit d'une ulcération peu creusante, respectant la silhouette de l'antre. Elle est polygonale et l'analyse du plissement est rendue difficile par la superposition des plis de la face normale et des plis interrompus par la lésion. Cependant, de nombreux éléments orientent vers une dysmorphocytose. Le plissement, dont le volume varie d'un cliché à l'autre, prend par instants des aspects typiques avec renflement des extrémités au contact de l'ulcération. A d'autres moments, ils paraissent soudés entre eux. Enfin, le bourrelet péri-lésionnel paraît assez bien limité et formé par les plis sans qu'on puisse parler d'œdème.

Mais l'antre est comprimé contre la colonne vertébrale et peut-être cet élément intervient-il.

Aussi, pour être certain de l'origine et de la nature de la lésion, serait-il préférable de soumettre la malade à un traitement anti-ulcéreux très strict. »

Une gastroscopie est pratiquée avant le traitement : « On est frappé d'emblée par l'existence de très *gros plis de la région antrale* et d'un *reflux duodéno-pylorique* très abondant au début de l'examen.

Au cours de l'insufflation, les plis s'effacent entièrement, le fer à cheval et l'antre sont d'un aspect strictement normal, le péristaltisme s'installe dans des délais normaux. A la faveur d'éructations en cours d'examen, il semble bien que l'on ait vu le pylore d'aspect normal.

Sur les données de ces examens gastroscopiques, il est difficile d'admettre qu'il existe une lésion dysmorphocytaire de l'antre dont on ne constate aucun signe direct ou indirect. »

Un traitement anti-ulcéreux est institué, à suivre pendant un mois : bismuth, prantal, lactoclase, oxyferriscorbone, qui amène la cédation des douleurs. Seuls persistent quelques vomissements après le petit déjeuner. On note un certain degré de constipation.

Le tubage, pratiqué entre temps, met en évidence une *achlorhydrie :*

— volume global : 75 cm^3 ;
— concentration HCl : 0 :
— débit HCl : 0.

A la fin du mois de traitement, une nouvelle série de clichés est prise (Docteur Mombet, 18 avril 1961) : « On retrouve l'image d'ulcération de la face antérieure de l'antre.

Ses caractères se sont précisés et la nature dysmorphocytaire ne saurait faire aucun doute.

La palpation per-opératoire ne donnera peut-être que peu de renseignements, cette ulcération étant vraisemblablement superficielle, car elle est mobile en cours d'examen. »

La malade est passée en chirurgie et opérée dix jours plus tard par le Docteur Pernod :

Compte rendu opératoire : « Médiane sus-ombilicale. C'est avec une certaine difficulté qu'on découvre la lésion sous forme d'un petit nodule de la paroi

antérieure de l'antre pré-pylorique qui ne semble pas envahir franchement la paroi gastrique et qui est vraisemblablement une lésion muco-érosive peu évoluée. On perçoit tout de même plusieurs ganglions fermes, situés au bord inférieur du pylore et du duodénum ; ce sont les seuls signes possibles d'extension qu'on va découvrir car le foie est normal, et il ne semble pas exister d'adénopathies pré-aortiques et l'exploration complète de la cavité abdominale ne fait découvrir aucune anomalie.

Gastrectomie subtotale large.

Rétablissement de la continuité type Péan. »

L'examen histologique (Docteur Potet) de la pièce opératoire est pratiqué le même jour :

« Macroscopiquement : la palpation de la pièce mettait en évidence une induration linéaire de la petite courbure antrale.

A l'ouverture, on note l'existence d'une part d'une dépression limitée en haut par un repli de la muqueuse, en bas par un bourrelet net. Au niveau de cette dépression, la muqueuse est érodée, dépolie, l'induration répond au bourrelet inférieur.

Sous-jacente à cette dépression, une deuxième dépression distale dont la limite supérieure est formée par le bourrelet et la limite inférieure par un second repli muqueux. Cette deuxième dépression est tapissée d'une muqueuse tout à fait normale.

Plusieurs coupes ont été pratiquées au niveau de ces deux reliefs de la muqueuse antrale.

« Histologiquement : on retrouve, au niveau des prélèvements, ces deux accidents muqueux.

Le premier répond à un bourrelet constitué par une infiltration sous-muqueuse et musculeuse de glandes à cellules claires rappelant les glandes brünneriennes. A côté de ces glandes, on retrouve de vastes cavités tapissées d'un épithélium cylindrique à noyaux répartis à la base et présentant, comme le montre le P.A.S., une mince couche apicale de sécrétion muqueuse. Cette structure rappelle de très près l'épithélium des canaux excréto-pancréatiques. Il s'agit donc ici de tissu aberrant pancréatico-brünnerien dont les caractères histologiques sont absolument banaux... Comme le montrent les coupes parallèles, ce tissu aberrant s'étend en croissant dont le corps répond à la petite courbure et les cornes aux deux faces de l'estomac. Ce tissu aberrant entraîne un certain nombre de réactions : érosion en un point avec sclérose de la sous-muqueuse et attraction de la musculaire, constitution par modification du relief muqueux de cette double dépression, la dépression inférieure répondant à la muqueuse normale, tous éléments expliquant l'image radiologique.

Conclusion : *tissu pancréatique et brünnerien aberrant de l'antre* sans aucune image de malignité. »

Après l'intervention, disparition des troubles fonctionnels. La malade a repris son activité professionnelle au sortir de sa convalescence.

— *En résumé :* il s'agit d'une femme de trente-six ans qui a fait une crise douloureuse abdominale de type ulcéreux, chez qui les images radiologiques ont fait porter le diagnostic d'ulcération maligne de l'antre. L'examen endoscopique a émis des réserves sur la malignité de la tumeur. L'examen histologique conclut : tissu pancréatique et brünnerien de l'antre, sans image de malignité. Bonnes suites opératoires.

Notons que l'aspect radiologique de ce pancréas aberrant était fort ressemblant à celui des cancers muqueux superficiels, ce qui explique la difficulté d'un diagnostic certain.

• OBS. N° 2 : *M. M... Charles,* soixante-deux, magasinier. Dossier du Service n° 10.209

Entré dans le Service, le 2 mars 1961, pour *épigastralgies.*

L'histoire de ce malade nous apprend que, depuis environ une dizaine d'années, le malade est en proie à des douleurs épigastriques à type de serrement, apparaissant deux à trois heures après le repas de midi, accompagnées de nausées et quelquefois de *vomissements* bilieux qui le soulagent ; on ne retrouve pas la notion de présence de sang dans ces vomissements. Ces douleurs persistent trois à quatre jours, avec accalmie d'un mois.. Les clichés gastriques pris à cette époque ne montrent pas la présence d'ulcère. Le diagnostic de « ptose gastrique » est porté et une ceinture abdominale est conseillée au malade dont les troubles gastriques n'en sont pas modifiés. Devant la persistance du syndrome douloureux, le malade consulte son médecin qui fait faire une exploration radiologique de l'estomac. On découvre un *ulcus duodénal* qui est traité pendant un an, au bout duquel le malade est nettement amélioré. C'était en 1954. Deux ans plus tard, le malade recommence à souffrir : la douleur revêt le même type, accompagnée de nausées et vomissements et d'une anorexie marquée pour les viandes. La douleur est presque continuelle, avec des répits de trois à quatre jours, et un amaigrissement de 5 kg. Les selles n'ont jamais été mélaniques d'autre part.

On note chez lui un index tabagique de 20 cigarettes par jour depuis plusieurs années et un éthylisme quasi inexistant.

L'examen clinique est assez maigre : une douleur au point vésiculaire nette.

Examens complémentaires :

— G.R. : 3.900.000 ;
— G.B. : 6.840 ;
— V.S. : 13-29 ;
— les radiographies pratiquées dans le service montrent un ulcus du canal pylorique.

Un traitement anti-ulcéreux est prescrit et le malade sort très amélioré.

Quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, le malade fait une *hématémèse* de moyenne abondance avec une douleur térébrante au creux épigastrique. Il est

hospitalisé d'urgence : *perforation d'ulcus* du versant duodénal du pylore. Fermeture de la perforation, sans histoires post-opératoires. C'était en avril 1961.

En mai 1961, réapparition des épigastralgies et des vomissements. Le malade accuse d'autre part une sensibilité de l'hypochondre et du flanc gauches, à type de torsion, sans rythme, calmée par l'alimentation, très peu influencée par les vomissements (non alimentaires, séreux, abondants, quelquefois striés de sang rouge). Le malade a maigri de 3 kg en trois mois. Ses selles sont de coloration normale. Malgré le traitement anti-ulcéreux, le malade souffre de plus en plus. Son chirurgien lui propose alors une gastrectomie qu'il accepte le 24 octobre de la même année : gastrectomie des deux tiers.

L'examen histologique de la pièce opératoire (Docteur Potet) conclut : « Pancréas accessoire au niveau du premier centimètre du *bulbe duodénal.* »

Nous n'avons pas eu des nouvelles du malade à qui nous avons écrit.

— *En résumé :* homme de soixante-deux ans qui a fait une perforation d'ulcère du canal pylorique rebelle à la thérapeutique anti-ulcéreuse habituelle, et chez qui l'examen de la pièce de gastrectomie (2 3) révèle la présence d'un pancréas accessoire du bulbe duodénal.

• OBS. N° 3 : *M. C... Paul,* trente-deux ans, meuleur. Dossier du service n° 10.971.

Malade hospitalisé, le 21 juin 1962, parce que :

— depuis l'âge de douze ans, il présente : des lourdeurs post-prandiales, une digestion lente, une somnolence post-prandiale, un ballonnement abdominal quasi constant, associés à de la constipation (une selle tous les trois jours) ;

— il éprouve des *crampes épigastriques* calmées par l'ingestion d'aliments, avec périodicité de deux à trois jours, accompagnées de vomissements et de diarrhée ;

— il a une sensibilité de l'hypochondre droit accrue par l'absorption d'aliments gras.

Par ailleurs, *amaigrissement* récent : 4 kg en six mois.

On retient, dans les antécédents, une cure de hernie inguinale il y a huit ans, une appendicectomie il y a trois ans, ces deux affections chirurgicales avaient été tenues pour responsables des manifestations ci-dessus.

L'examen clinique met en évidence une fosse iliaque droite douloureuse, tendue ; un point vésiculaire net.

Examens complémentaires :

— cholécystographie : pas de calcul, mais évacuation insuffisante de la vésicule ;

— clichés d'estomac : *lacune antrale bénigne* sur tous les clichés ;

— numération globulaire :

— 4.950.000 G.R. ;

— 3.280 G.B. ;

— vitesse de sédimentation globulaire : 3-12 ;
— tubage gastrique : *hypochlorhydrie :*
— volume global : 107 cm^3 ;
— concentration HCl : 2,19 g ‰ ;
— débit HCl : 4,423 mEq.

L'intervention est proposée au malade, qui sort pour se faire opérer par son chirurgien à Saint-Germain-en-Laye.

Renseignement pris, il s'agissait d'un petit « polype » de la région antrale prépylorique.

L'histologie conclut à « un petit *pancréas aberrant* dans sa situation, mais de structure absolument normale ».

Depuis l'intervention, il ne semble pas qu'il y ait une cédation des troubles fonctionnels. Le malade accuse d'autre part des céphalées tenaces.

Pour conclure : malade dyspeptique hyposthénique depuis l'âge de douze ans, dyskinétique biliaire, chez qui la découverte d'un pancréas accessoire antral excisé n'a apporté aucune amélioration des troubles.

* *

Nous venons de voir 3 cas de pancréas accessoires chez une femme et deux hommes. Ces malades avaient trente-deux, trente-six et soixante-deux ans.

Nous avons ici une nette prédominance numérique des hommes (deux tiers des cas) ce qui semble rejoindre les évaluations de Hillemand.

Ici encore la symptomatologie clinique est fort variable : les douleurs épigastriques (3 cas) prennent la tête, suivies de près par les vomissements (2 cas) qui précèdent d'autres signes tels l'anémie, l'amaigrissement, l'hématémèse et l'hypochlorhydrie qui ont été observés une seule fois.

Ces tumeurs siègent pour les deux-tiers sur l'antre gastrique, et pour le reste (un tiers) sur le bulbe duodénal (ce dernier cas s'étant associé à un ulcus pylorique qui devait d'ailleurs se perforer).

Histologiquement, deux variétés de tumeurs ont été observées :
— tissu pancréatique isolé : 1 cas :
— tissu pancréatique et brünnérien : 2 cas.

Nous n'insisterons pas sur le traitement qui est chirurgical comme dans toutes les tumeurs bénignes de l'estomac.

CHAPITRE III

UNE OBSERVATION DE SCHWANNOME GASTRIQUE

• OBS. : *Mme B... Jeannine,* trente-sept ans, sans profession. Dossier du Service n° 10.812

Vient consulter, le 26 mars 1963, parce que :

— depuis trois ans, *douleurs épigastriques* à type de crampe, irradiant en ceinture par les côtés dans le dos, durant quelques minutes, de survenance plutôt nocturne, non influencées par l'alimentation, et apparaissant très épisodiquement ; leur faisant suite et surtout avant la menstruation des *céphalées frontales* diffuses avec douleur orbitaire droite. Ces douleurs épigastriques ne s'accompagnent pas de nausées ni de vomissements. Pas d'hématémèse ni de mélæna ;

— *constipation ancienne :* une selle tous les deux - quatre jours ;

— *depuis cinq mois* (novembre 1962), se plaint d'*éructations permanentes,* non influencées par le changement de position.

Les clichés radiologiques pratiqués à la consultation du Service montrent « une *image lacunaire antrale* à contours limités évoquant un polype » et l'absence de hernie hiatale. Le cadre colique est par ailleurs normal.

La gastroscopie (Docteur Housset) décrit la tumeur : « On découvre très facilement et très rapidement l'existence d'un *polype au niveau de la grande courbure antrale,* juste au-dessus de l'angle. Ce polype est situé exactement sur la grande courbure. Il s'agit d'un polype *pédiculé* à pédicule court. La muqueuse qui recouvre cette formation est strictement normale. Il s'agit très certainement d'un polype bénin. La muqueuse antrale est normale. Dans le corps de l'estomac, la muqueuse est également normale. On tente de faire une biopsie dirigée sur le polype mais on échoue. Il faut noter que ces biopsies dirigées sur des polypes bénins sont très difficiles, car il s'agit de formations très mobiles difficiles à saisir. La région hiatale est normale.

Conclusion : polype bénin de l'antre. Muqueuse normale. »

Les autres examens (numération globulaire, vitesse de sédimentation et sérologie) sont normaux.

La malade est opérée le 3 avril 1963 (Docteurs Moreau et Krivine) : « Résection cunéiforme emportant la tumeur et la région antrale de voisinage. Tumeur de la région pré-pylorique intra-pariétale. »

Les suites opératoires n'ont connu aucun mouvement.

Compte rendu histologique (Docteur Potet) : « Prolifération essentiellement dans la *sous-muqueuse*... faite de cellules à peu près toutes semblables, assez éosinophiles, fusiformes ou arrondies, à gros noyau central dont la chromatine est un peu irrégulière, poussiéreuse. Ces cellules ne présentent aucun graupement en faisceaux. Elles sont séparées par un collagène qui apparaît très dense sur la coloration trichromique. La vascularisation est peu abondante, mais il s'agit de vaisseaux à parois propres. Enfin, fait intéressant, il semble exister au niveau des coulées situées dans les interstices des trousseaux musculaires, des aspects de passage avec les éléments nerveux. La réticuline montre une certaine tendance à l'engainement des éléments tumoraux.

Par ailleurs, la biopsie gastrique met en évidence une muqueuse gastrique tout à fait normale.

Conclusion : *schwannome gastrique* un peu atypique, peu différencié. Aucun élément ne permet de poser un pronostic sur ces éléments tumoraux. »

Nous n'avons pu joindre la malade par lettre. Aussi ne pouvons-nous savoir si le processus tumoral était bénin ou au contraire s'il a dégénéré.

— *En conclusion de cette observation :* femme de trente-sept ans présentant depuis trois ans des douleurs épigastriques irradiant dans le dos, accompagnées depuis cinq mois d'éructations permanentes. Polype pédiculé de la grande courbure gastrique à la gastroscopie. Schwannome non pronosticable histologiquement après exérèse cunéiforme de la tumeur.

* *

« Les schwannomes semblent plus fréquents chez la femme que chez l'homme ; ils se rencontrent entre quarante et soixante-cinq ans. » (F. Hillemand.) Il nous est difficile de comparer nos données avec celles de Hillemand sur le vu d'une seule observation. Il est vrai qu'il s'agit d'une femme, et qui a trente-sept ans, soit assez au-dessous de la limite inférieure qu'en donne l'auteur.

Sur les 11 tumeurs bénignes que nous avons vues, nous n'avons dénombré qu'un cas de schwannome, soit 9,09 %, ce qui semble assez proche de la statistique de Mimes et Geschikter (10,9 %), quoique pour Moutier et Cornet cette statistique serait inférieure à la réalité.

Neyraud, dans sa thèse, en 1938, rapporte 59 observations détaillées de schwannomes et classe les signes cliniques de ces tumeurs sous deux grandes rubriques : les troubles gastriques (extrêmement

variables) d'une part, et les hémorragies digestives, de l'autre, ces derniers troubles étant retrouvés dans 60 % des cas de schwannomes. Quant à nous, nous n'avons pas dans cette unique observation relevé la notion d'hémorragie digestive sous quelque forme que ce soit (mélæna ou hématémèse). Par contre, nous avons retrouvé les douleurs épigastriques (à type de crampes ici), bien différentes de la douleur ulcéreuse habituelle.

CHAPITRE IV

DE QUELQUES AUTRES TUMEURS BENIGNES DE L'ESTOMAC
(4 observations)

• OBS. N° 1 : *Mme L... Marie,* soixante-trois ans, concierge. Dossier du service n° 3.474.

Adressée par la consultation au Service avec le diagnostic de « tumeur bénigne de l'antre » et pour procéder à des examens complémentaires, en avril 1947.

Le début des troubles remonte au mois de mars 1947. Alors que la malade était très *fatiguée* et avait *maigri* de 5 kg à la suite de surmenage (elle gardait sa mère malade), elle ressentit, à une heure du matin, sans prodome et brutalement, une *douleur épigastrique intense,* à type de torsion, sans irradiation, continuelle jusqu'au matin. Les dix jours suivants, la malade avait souffert après chaque repas. Les douleurs avaient le même type que lors de la crise douloureuse inaugurale, mais duraient une demi-heure à un heure environ. Entre les accès persistait une gêne épigastrique. A cette époque, la malade avait *vomi* deux fois, le premier vomissement ressemblant à de l'eau sale et le second était bilieux.

Depuis le mois d'avril, les accès douloureux quoique très fréquents ne surviennent plus après tous les repas. La gêne épigastrique persiste.

Dans l'ensemble :

— les crises très violentes ne sont calmées que par la morphine ;

— les aliments calment les crises peu intenses ;

— le bismuth est sans action ;

— l'appétit est toujours resté excellent.

On ne note aucun antécédent digestif ni personnel ni familial.

L'examen clinique ne retient rien au point de vue digestif.

L'examen radiologique, pratiqué le 1er avril 1947, montre une image de *polype antral* implanté sur la *grande courbure.* Quant au tubage, il objective un *reflux biliaire* dans le premier tube, un volume global à 37 cm^3, une concentration Hcl à 0,73 g ‰.

La malade est passée dans le service de chirurgie où, le 19 mai 1947, elle est opérée (Professeur Agr. Rudler) : « Incision médiane sus-ombilicale. Petite

tumeur pré-pylorique semblant implantée sur la paroi postérieure, mais perceptible à travers la paroi antérieure. Gastrectomie type Polya. »

La malade a été revue plusieurs années (cinq ans) après l'intervention. Ses douleurs ont complétement disparu. L'appétit est toujours aussi bon. Elle a maigri de 3 kg depuis l'intervention et son poids est resté stationnaire depuis lors.

On note chez elle un syndrome de petit estomac, avec de temps à autre des régurgitations bilieuses.

— *Conclusion :* malade de soixante-trois ans ayant fait une crise épigastralgique violente en mars 1947, suivie d'autres moins intenses les jours suivants. Petite tumeur de la face postérieure de l'estomac. Gastrectomie type Polya. Il ne semble pas qu'il ait été fait d'examen histologique.

• OBS. N° 2 : *M. B... Jules,* soixante-dix ans, réparateur de pianos. Dossier du Service n° 4.031

Le 10 février 1947, le malade entre dans un service de chirurgie parce qu'après un repas normal, il est pris de *vomissements* d'abord alimentaires puis bilieux. Ces vomissements ne sont pas accompagnés de douleurs abdominales.

L'interrogatoire révèle alors que depuis deux à trois ans le malade vomit une fois par mois après avoir absorbé son repas, spontanément (sans nausées ni efforts).

L'examen clinique montre un abdomen souple, indolent. La palpation profonde fait sentir une *tumeur de la région épigastrique* un peu à droite de la ligne médiane, et l'inspection de la langue objective une *glossite* non érosive d'apparition brusque. D'autre part, abolition des réflexes tendineux aux quatre membres.

Une numération globulaire trois jours après l'admission du malade dans le service de chirurgie révèle une *anémie à 1.750.000* Globules Rouges avec une Valeur Globulaire à 2, 3 ; une aniso-poïkylocytose très marquée. La recherche de sang dans les selles est positive. Sérologie positive (*Wassermann* +++ et *Kline* +++).

Les clichés gastriques montrent une *image lacunaire* de la *région fundique.*

Devant l'anémie considérée comme biermérienne, la sérologie positive, la nature de la néoformation gastrique est discutée. Le malade est traité au cyanure de mercure, reçoit des transfusions sanguines et des injections d'extraits hépatiques. Après un mois de cette thérapeutique, le nombre des G.R. est passé à 3.360.000 avec une V.G. à 1. Le malade est transféré en médecine le 12 mars.

Dans le service de médecine, on constate que la glossite a disparu, que la tumeur signalée comme palpable n'est pas retrouvée à la palpation profonde de l'abdomen malgré la persistence de l'image radiologique. On ne note ni anorexie, ni diarrhée, ni constipation. L'abolition des réflexes ostéo-tendineux n'est pas retrouvée.

Une nouvelle numération globulaire montre un nombre de G.R. resté à 3.360.000 et des G.B. à 7.200. D'autre part le myélogramme n'objective pas d'anomalies cellulaires.

La gastroscopie (Docteur LAMBLING) signale : « *Muqueuse non atrophique* ; paraît congestive. Piliers de l'antre déformés par une *néo-formation sous-muqueuse irrégulière* sous une *muqueuse un peu pâle.*

Conclusion : ce n'est pas l'aspect des anémies de Biermer, ni d'un épithélioma habituel, ni des gastrites atropho-atrophiques. »

Le malade a été opéré le 28 avril 1947 d'une « tumeur bénigne multiple ».

Nous ne possédons pas de compte rendu d'examen histologique de la tumeur.

— *Conclusion :* homme de soixante-dix ans hospitalisé pour vomissements alimentaires post-prandiaux isolés. Anémie hyperchrome à la numération globulaire. Image lacunaire de la région fundique. Exérèse chirurgicale.

• OBS. N° 3 : *Mme B... Viviane,* quarante ans, couturière. Dossier du Service n° 3.456

Vient à la consultation parce qu'elle a constaté depuis quelque temps une certaine *fatigabilité au moindre effort.* Pas de signes digestifs objectifs ni subjectifs, en particulier pas de dyspepsie, pas de diarrhée, pas de constipation, pas de vomissements.

Une numération globulaire montre une *anémie isolée à 2.570.000 G.R.* La rectoscopie, l'anuscopie sont négatives.

Des clichés gastriques mettent en évidence une *image lacunaire antrale.*

Pour en savoir davantage, on pratique une gastroscopie.

Compte rendu gastroscopique : « Estomac dans son ensemble normal. On voit émerger dans la lumière de l'antre (qui est par ailleurs normal), apparaissant de par derrière, une petite *prolifération bénigne* du volume d'une amande, recouverte d'une muqueuse normale, à *pédicule* d'implantation assez étroit *sur la petite courbure.* »

Le *tubage* est par ailleurs *normal.*

Quelques jours après la gastroscopie, la malade se plaint d'une petite gêne épigastrique intermittente et d'avoir des selles franchement mélaniques (confirmées par la recherche de sang après régime blanc).

Intervention le 28 avril 1948 : « Tumeur de la grosseur d'une grosse prune dans l'antre pylorique. Gastrectomie et ablation de la tumeur qui est pédiculée. L'examen histologique extemporané est peu concluant, bien qu'éliminant le néoplasme. »

Les suites opératoires sont marquées par des céphalées intenses qui disparaissent au bout de quelques jours. La malade sort en bon état général.

— *Conclusion :* femme de quarante ans. Fatigabilité au moindre effort. Anémie à 2.570.000 G.R. Image lacunaire antrale à la radiographie qui s'est révélée être une prolifération bénigne à l'endoscopie. Exérèse chirurgicale. Suites opératoires : céphalées transitoires.

• OBS. N° 4 : *M. C... René,* trente-neuf ans. Dossier du Service n° 11.436

Venu à la consultation de gastro-entérologie le 15 juillet 1964 parce qu'il a des *épigastralgies.*

L'histoire de la maladie nous apprend que :

En avril 1962, le malade a ressenti une brusque douleur épigastrique intense, nocturne, durant trois heures et demie, avec irradiations postérieures, sans vomissements, sans fièvre, ayant nécessité une injection de calmant. Il n'a pas été pratiqué d'examens radiologiques à cette époque.

En juillet 1964, les douleurs épigastriques deviennent continues avec parfois *vomissements* biliaires et alimentaires, et un *amaigrissement* de 15 kg en un an. Le malade aurait eu de nombreux examens et en particulier radiologiques qui auraient été négatifs.

Le même mois (juillet 1964), à la consultation, l'interrogatoire révèle que ces douleurs sont sans caractères précis, qu'elles ne sont pas calmées par la prise d'aliments, mais par les médicaments (Equanil). Dans les antécédents, une tuberculose stabilisée en 1962. Les radiographies pratiquées alors montrent :

— au niveau de l'estomac : une *image lacunaire au niveau du bas fond gastrique ;* une image de *compression extrinsèque au niveau du bulbe ;* un *cholédoque élargi ;*

— on note d'autre part des *calcifications de la tête du pancréas.*

D'autre part la rate et le foie sont normaux. Devant de telles images, on propose l'hospitalisation au malade qui l'accepte.

Le malade est hospitalisé le 28 juillet 1964. Dans le service, on constate que les douleurs sont à peu près permanentes, lancinantes, ne gênant cependant pas le malade dans ses activités.

Examens complémentaires :

— Numération - formule sanguine :
  — G.R. : 4.000.000
  — G.B. : 4.500
  — V.G. : 1,01
  — Hb : 81 %
  — V.S. : 21 - 42

— Amylasémie : 185 unités le 29 juillet et 108 unités le 1er août.

— Hyperglycémie provoquée : courbe aplatie avec maximum à 1,15 g à la cent-quatre-vingt-huitième minutes.

Gastroscopie (Docteur Housset) le 30 juillet : « On est frappé d'emblée par l'existence d'une *gastrite atrophique intense, diffuse, de type biermérien.* La muqueuse du corps en particulier est parcheminée avec un réseau vasculaire particulièrement visible.

Dans le *bas fond gastrique,* implanté sur la *face postérieure* on découvre effectivement un *polype très volumineux* qui n'a été vu que partiellement car il se trouve à la limite du champ d'observation. Ce polype contraste avec la muqueuse gastrique qui est pâle ; il est au contraire rouge et presque *rouge vineux* vu sous

certains angles. Il n'a pas été vu d'ulcérations, mais rappelons que cette formation n'a pas été explorée en totalité.

Conclusion : Gastrite atrophique de type biermérien. Polype volumineux implanté sur la face postérieure de l'estomac. »

Le tubage n'a pas été possible, le malade n'ayant pas supporté la sonde.

Il a été demandé un transit de la vitamine B_{12} marquée, dont nous n'avons pas le résultat.

Conclusion (Docteur Le Quintrec) :

1° Malade âgé de trente-neuf ans, soigné à partir de mai 1962 pour tuberculose pulmonaire par strepto-rimifon-PAS durant un an (Docteur Choffel). Actuellement le malade serait stabilisé depuis un an. Les clichés radiographiques pulmonaires du 29 juillet 1964 montrent une image du sommet droit à vérifier car l'atteinte initiale était une atteinte de la base gauche.

2° Evolution depuis août 1962 d'une pancréatite :

— crise initiale douloureuse sans récidive ;

— puis évolution d'une douleur épigastrique sourde, permanente, de plus en plus intense surtout depuis 1964.

Il existe d'autre part un amaigrissement de 15 kg en un an, mais pas d'autres signes cliniques (pas d'ictère, pas de diarrhée).

Radiologiquement on note :

— des calcifications au niveau de la tête du pancréas ;

— des signes de compression extrinsèque de la grande courbure antrale et de D_2 ;

— une dilatation de la voie biliaire principale ;

— des anomalies vésiculaires : bas fond recourbé sans lithiase (région vésiculaire douloureuse à la palpation).

Biologiquement :

— absence de diabète ;

— courbe d'hyperglycémie provoquée aplatie.

3° Il existe des anomalies gastriques :

— polype de la grande courbure et du bas fond gastrique visible à la radiologie et à l'endoscopie. Le polype n'a d'ailleurs donné lieu à aucune manifestation clinique ;

— gastrite atrophique importante évoquant pour le Docteur Housset la maladie de Biermer. Le malade a reçu depuis trois mois de la vitamine B_{12} à titre symptomatique mais n'a jamais été soigné pour anémie.

4° Au total, le diagnostic de pancréatite ne fait aucun doute et l'indication chirurgicale est incontestable. Celle-ci ne devrait pas être retardée pour des raisons pratiques (tubage impossible) si l'état pulmonaire ne constitue pas une contre-indication. Il faudrait envisager l'exérèse du polype gastrique dans le même temps.

Les examens permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de Biermer pourront être faits dans un temps ultérieur.

La confirmation par les tomographies d'une image pulmonaire anormale au niveau du sommet droit ne permet pas d'envisager immédiatement une intervention.

Celle-ci devra être pratiquée cependant le plus tôt possible, dès qu'elle sera autorisée par le phtisiologue.

Le malade sort donc pour consulter le Docteur CHOFFEL qui l'a toujours suivi à l'hôpital de Corbeil. »

Le 13 août, le Docteur CHOFFEL nous écrit pour nous confirmer la reprise évolutive de la tuberculose du sommet droit.

Nous ne savons pas si le malade a été opéré de sa tumeur bénigne et de sa pancréatite.

* *

Ce dernier chapitre de notre exposé réunit 4 observations de tumeurs qualifiées de bénignes radiologiquement et dont la confirmation histologique n'a pu être faite.

Nous dirons alors succinctement que nous avons vu 4 malades dont deux femmes et deux hommes. Leur âge : trente-neuf, quarante, soixante-trois et soixante-dix ans.

Quelques signes cliniques notés :

— vomissements : 3 cas ;
— douleurs épigastriques : 2 cas ;
— anémie : 2 cas ;
— achlorhydrie : 1 cas.

Les sièges de ces tumeurs :

— face postérieure de l'estomac : 1 cas ;
— antre gastrique : 1 cas ;
— petite courbure gastrique : 1 cas.

Le traitement a été chirurgical.

CONSIDERATIONS GENERALES A PROPOS DE CES ONZE OBSERVATIONS

Onze malades ont été l'objet de cette étude, comprenant six femmes et cinq hommes, dont l'âge se situe entre trente-deux et soixante-douze ans, soit :

— jusqu'à quarante ans : 5 cas (deux femmes et trois hommes);
— après cinquante ans : 6 cas (trois femmes et 3 hommes).

Nous n'avons pas examiné d'observations de malades dont l'âge soit compris entre quarante et cinquante ans, ce qui ne veut nullement signifier que ces limites d'âge soient vierges de tumeurs bénignes gastro-duodénales, car ces dernières peuvent survenir « à tout âge » (P. HILLEMAND).

FREQUENCE

De février 1947 (date de la première observation) à juillet 1964 (date de la dernière observation), nous avons dénombré, sur les fiches du service, 497 cancers gastriques et 2.547 ulcères gastro-duodénaux, pour seulement 11 tumeurs bénignes gastro-duodénales, ce qui représente, comparé aux cancers 2,2 %, et aux ulcères 0,4 %, et traduit la relative rareté de ces tumeurs, quoique certaines statistiques assez récentes fassent état d'un pourcentage beaucoup plus élevé (20 à 25 % selon RIGLER et ERICKSON, PLATCHA et SPEER). Il est vrai que ce pourcentage impressionnant fait état des tumeurs bénignes découvertes à l'issue d'examens nécropsiques.

La répartition de ces tumeurs est la suivante, dans nos 11 cas :

— polypes gastriques : 3 cas sur 11 (soit 27,27 %);
— pancréas aberrant : 3 cas sur 11 (soit 27,27 %);
— schwannomes : 1 cas sur 11 (soit 9,09 %);
— autres tumeurs bénignes non classées histologiquement : 4 cas sur 11 (soit 36,36 %).

Ces quelques pourcentages sont loin d'être des valeurs de référence si l'on songe à la difficulté qu'il y a à estimer la fréquence de ces tumeurs. Ainsi, pour les polypes, les schwannomes et les pancréas aberrants, Roberte JASPAR, dans sa thèse, note 46,9 % pour les polypes, 17,45 % pour les schwannomes (alors que pour ces mêmes schwannomes, MIMES et GESCHIKTER trouvent 10,9 %), enfin DUFF et ses collaborateurs estiment les pancréas accessoires à 1 %.

SIEGE

Du point de vue de leur siège, nous avons pu constater :

— sur la région antro-pylorique : 5 cas sur 11 (45,45 %, alors que pour P. HILLEMAND ce pourcentage s'élève à 66 %) contre une tumeur siégeant sur la face postérieure gastrique.

CLINIQUE

Du point de vue clinique, nous avons pu rencontrer assez fréquemment certains signes tels que les vomissements (7 fois), les douleurs épigastriques (6 fois), l'amaigrissement (5 fois). Quant à l'hémorragie, signe fréquent pour certains auteurs, nous ne l'avons rencontrée que deux fois sous la forme d'un mélæna et d'une hématémèse.

Nous voyons donc que la symptomatologie clinique de ces tumeurs bénignes est très polymorphe. Essayons d'analyser quelques-uns de ces symptômes :

a) LES VOMISSEMENTS : ils peuvent être isolés ou au contraire accompagner certains signes tels que les douleurs épigastriques. Ils peuvent revêtir les caractères les plus polymorphes : alimentaires ou bilieux, quelquefois striés de sang, post-prandiaux ou être précédés d'épisodes nauséeux.

b) LES DOULEURS ÉPIGASTRIQUES peuvent évoquer l'ulcère, surtout si elles sont vives et rythmées par les repas avec parfois une périodicité nette leur conférant un caractère ulcéreux typique et complet ; ou au contraire évoquer le cancer si elles sont irrégulières, capricieuses. D'autres fois, les douleurs peuvent se réduire à une simple gêne épigastrique en rapport avec une dyspepsie hyposthénique : lenteur de la digestion, ballonnement post-prandial. Enfin, elles peuvent prendre un caractère pseudo-pancréatique ou pseudo-lithiasique très net. Il arrive que si la douleur constitue souvent le premier signe pour

lequel le malade vient consulter, il arrive aussi qu'elle n'apparaisse qu'après une longue période d'évolution de signes mineurs auxquels le malade n'a pas cru devoir attacher de l'importance : amaigrissement, selles noires.

c) L'HÉMORRAGIE : elle peut être d'importance variable :

— il peut s'agir d'hématémèse brutale, voire cataclysmique, sinon mortelle ; d'autres fois, elle est minime, unique ou répétée ;

— il peut aussi s'agir d'un mélæna, évident ou occulte avec, dans ce dernier cas, une anémie souvent hypochrome qui va, seule, attirer l'attention et la présence de sang dans les selles à l'examen microscopique, orienter les recherches vers le tractus digestif.

d) Le malade peut être vu parce qu'il présente un SYNDROME DE STÉNOSE ORIFICIELLE, soit sténose pylorique progressive ou syndrome des « tumeurs-soupapes » de Cruveilhier, aussi dénommé « ball-valve tumor syndrom » par les auteurs anglo-américains, soit, cas plus complexe, une invagination de l'estomac et volvulus de ce dernier (GOUVERNEUR, DEROT, DUPERRAT).

e) D'autres fois, enfin, sans qu'il y ait aucun prodrome fonctionnel, c'est le cas des formes exo-gastriques, la DÉCOUVERTE D'UNE MASSE ABDOMINALE à la palpation du creux épigastrique ouvre la scène et conduit rapidement les recherches vers l'aire gastrique.

Quoi qu'il en soit de tous ces signes révélateurs, on ne peut affirmer qu'il y ait une symptomatologie générale à toutes les tumeurs bénignes gastro-duodénales, « encore moins de signes particuliers en fonction de l'histologie, car les manifestations cliniques sont en rapport avec le siège et le volume de la tumeur, et non avec sa nature » (FÉKÉTÉ).

RADIOLOGIE

L'examen radiologique, examen capital, nécessite certaines précautions techniques :

— examen sans préparation, puis ingestion d'une bouillie barytée dont la progression est suivie sous écran ;

— série de clichés pris en s'aidant au besoin de la compression, de l'insufflation ;

— examen en couches minces ;

— l'emploi d'incidences variées ;
— préparation à la morphine, d'un grand intérêt, puisqu'elle permet d'objectiver l'intégrité gastrique aux alentours de la tumeur...

A la suite de quoi, l'on pourra présumer la nature bénigne de la tumeur sur :

— l'image lacunaire : image de soustraction, unique ou multiple, aux contours nets, bien arrondis, arrondie ou polycyclique, mobilisable sous écran, siégeant presque souvent sur une face gastrique (antrale pour la plupart), respectant les bords en règle ;
— la persistance des plis gastriques, normaux, qui « courent » jusqu'au voisinage même de la lésion ; toutefois, le siège de la tumeur peut conditionner certaines images ;
— la conservation de la souplesse pariétale avoisinant la tumeur et qui se traduit par l'absence de rigidité, la conservation du péristaltisme et le non-arrêt de l'onde gastrique sous écran.

Malgré ces critères qui ne sont qu'une orientation vers la bénignité de la tumeur, des réserves s'imposent, et tant que l'examen histologique n'a pas donné son verdict, le débat n'est pas tranché, comme nous avons pu le constater dans l'une de nos observations.

GASTROSCOPIE

La gastroscopie, examen sans danger, maintenant entré dans la pratique courante, peut, certes, rencontrer des difficultés : tumeurs endoscopiquement peu accessibles du fait de leur siège, muqueuse ulcérée pouvant en imposer pour un cancer, tumeur très peu saillante pouvant passer inaperçue, voire impossibilité d'introduire la sonde. Mais à côté de ces difficultés propres à toute technique d'exploration, la gastroscopie permet de voir la tumeur, de préciser son siège et la couleur de la muqueuse qui la recouvre par rapport à celle du reste de l'estomac dont on étudiera les plis, de découvrir l'existence éventuelle d'ulcération ou d'autres lésions (autres tumeurs de même nature, ou cancer) passées inaperçues à l'examen radiologique.

AUTRES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC PARA-CLINIQUE

a) La gastrobiopsie, investigation qui a un intérêt certain, ne peut prétendre résoudre le problème diagnostique au décours de l'examen d'un prélèvement qui ne peut être que partiel.

b) Quant au tubage et au chimisme gastriques, ils s'inscrivent dans le cadre des recherches d'usage pour déterminer l'état fonctionnel et organique de la muqueuse gastrique. Il nous a permis, lorsqu'il a été possible, de mettre en évidence deux fois l'hypochlorhydrie, une fois l'achlorhydrie. Notons que l'achlorhydrie ou l'hypochlorhydrie, dans ce cas, est un argument supplémentaire à la thérapeutique chirurgicale de ces processus tumoraux bénins dont le pronostic est hanté par le risque de transformation maligne.

ANATOMO-PATHOLOGIE

L'examen histologique apportera la certitude du diagnostic présumé par la radiologie et l'endoscopie. C'est lui qui tranchera le problème, en affirmant la bénignité de la tumeur sur certains critères, parmi lesquels :

a) Le caractère localisé, avec respect des tissus voisins, c'est-à-dire :

— l'encapsulement ;
— l'architecture ordonnée, sans dysmorphisme nucléaire, sans dysmitose cellulaire.

b) L'accroissement très lent, d'où la latence particulière sur le plan clinique.

c) L'absence de dissémination à distance.

Mais des réserves s'imposent et il serait tout à fait imprudent et lourd de conséquence d'être catégorique dans un domaine aussi imprécis où l'on oscille souvent entre ce qui n'est pas encore tumoral (mais simplement hyperplasique) et ce qui n'est plus bénin (mais dégénéré).

Macroscopiquement, la tumeur peut se développer vers la lumière gastrique, ou à la surface de l'organe. Ailleurs, elle peut avoir un développement intra-mural. Sa base d'implantation peut être large et la tumeur sessile, ou étroite et la tumeur apparaître pédiculée. La muqueuse gastrique au point d'implantation est saine et celle qui recouvre la tumeur peut s'ulcérer, point de départ à une hémorragie qui sera révélatrice.

EVOLUTION

Bien que nous ne l'ayons observée, la dégénérescence maligne est la menace qui domine l'évolution de ces tumeurs, comme le soulignent Leroux et Oberling lorsqu'ils écrivent : « Les barrières qui semblaient

Groupe tumoral	Noms Age	Prénoms Profession	Clinique	Radiologie	Gas
POLYPES	G.... 72 ans	Marcel	- Anorexie - Amaigrissement - Vomissements post-prandiaux	-	
	D.... 65 ans	Jeanne Femme de ménage	- Asthénie - Vomissements - Selles mélaniques	Image bulbaire anormale	Imp
	S.... 57 ans	Juliette Employée	- Amaigrissement - Asthénie - Anorexie	Image anormale de la P.C. gastrique	Polype l'angl gastri
PANCREAS ABERRANTS	C.... 36 ans	Lucienne Couturière	- Epigastralgies - Vomissements - Anorexie	Ulcération dysmorphocytaire de l'antre	Gros p Reflux pylori
	M.... 62 ans	Charles Magasinier	- Epigastralgies - Vomissements - Hématémèse - Amaigrissement	Ulcère duodénal	
	C.... 32 ans	Paul Meuleur	- Epigastralgies - Dyspepsie hyposthénique - Amaigrissement	Lacune antrale bénigne	Polype antro-p
SCHWANNOME	B.... 37 ans	Jeanine	- Epigastralgies - Eructations permanentes depuis 5 mois	Lacune antrale évoquant un polype	Polype la G.C.
AUTRES TUMEURS	L.... 63 ans	Marie Concierge	- Epigastralgies - Vomissements	Polype antral de la G.C.	
	B.... 70 ans	Jules Réparateur de pianos	- Glossite érosive - Vomissements - Tumeur épigastrique palpable	Image lacunaire fundique	- Muqueu atroph - Néofor antral muqueu
	B.... 40 ans	Viviane Couturière	- Fatigabilité à l'effort	Image lacunaire antrale	Prolifér pédiculé antrale
	C.... 39 ans	René	- Epigastralgies - Vomissements - Amaigrissement	- Lacune du bas fond gastrique - Calcification de la tête du pancréas	- Gastri type b - Polype postér gastri

	Tubage Résultats après histamine sous-cutanée	Histologie	Observations
	-	-Volumineux polype gastrique bénin à surface érodée	Malade opéré en ville. Pas de clichés radiographiques. Pas de compte-rendu gastroscopique
	-	- Adénome brünnérien bénin	A l'intervention polype implanté sur le pylore, versant gastrique
le P.C. nique	- Volume global : 114 cc - Concentration HCl maxima : 0 - Débit HCl : 0	- Adénome brünnérien bénin	
ux	- Volume global : 75 cc - Concentration HCl : 0 - Débit HCl : 0	- Tissu pancréatique aberrant de l'antre	Pancréas aberrant simulant un cancer muqueux superficiel
	-	- Pancréas accessoire du bulbe duodénal associé à un ulcère pylorique	Pancréas aberrant découvert à l'intervention pour ulcère pylorique perforé
gion	- Volume global : 107 cc - Concentration HCl : 2,19 g °/°° - Débit HCl : 4,423 mEq	- Pancréas aberrant bénin	
de		- Schwannome sous-muqueux	
	- Volume global : 37 cc - Concentration HCl : 0,73 g °/°°	-	Tubage partiel (1ère heure) Résultats peu concluants Reflux biliaire
		-	- Soupçon de maladie de Biermer - Gastroscopie normale
P.C.	- R.A.S. -	-	
hique n		-	- Tuberculose en évolution - Pancréatite chronique - Confié à son médecin pour soigner sa tuberculose avant intervention

s'établir autrefois entre les tumeurs bénignes et les cancers, d'une part, et les processus hyperplasiques, d'autre part, sont actuellement reconnues fictives et nous savons qu'au contraire ces processus, très souvent, mènent de l'un à l'autre. »

TRAITEMENT

Nous ne pouvons pas parler de traitement médical à propos de ces tumeurs, car il se limite, ici, à faire disparaître les processus inflammatoires éventuels et à préparer le malade à supporter l'intervention chirurgicale.

Le traitement de ces néoformations bénignes gastro-duodénales est, et la plupart des auteurs le reconnaissent, à l'heure actuelle, chirurgical. Nous n'avons pas la prétention d'entrer dans la « querelle » qui oppose partisans et antagonistes d'une exérèse élargie de toute tumeur qualifiée histologiquement de bénigne. Quelque valables que puissent être les points de vue des uns et des autres, un fait semble maintenant faire l'unanimité : l'exérèse de la tumeur dans sa totalité, l'ablation des tissus environnants étant fonction de l'appréciation de la situation sur des critères qui peuvent varier d'un auteur à l'autre.

EVOLUTION POST-OPERATOIRE

Il ne nous a pas été possible de suivre l'évolution traitée de toutes les tumeurs bénignes que nous avons examinées. Certains malades ont été perdus de vue depuis fort longtemps ; d'autres ont plusieurs fois changé d'adresse ou n'ont pas répondu à nos lettres. Ceux que nous avons pu joindre (6 malades) se portent bien ou tout au moins souffrent de toute autre affection que des suites opératoires.

CONCLUSION

Nous avons examiné 11 tumeurs bénignes gastro-duodénales. Chronologiquement, dix-sept ans séparent la première (février 1947) de la dernière observation (juillet 1964). Au cours de la même époque, nous avons dénombré 2.547 ulcères gastro-duodénaux et 497 cancers gastriques. Ces chiffres sont assez éloquents quant à la rareté des tumeurs bénignes gastro-duodénales.

Ces tumeurs peuvent apparaître à tout âge. Leur fréquence est identique dans les deux sexes. Leur siège est fort variable ; toutefois, c'est sur la région antro-pylorique que nous avons pu en constater le pourcentage le plus élevé (5 cas sur 11).

L'histoire clinique de ces tumeurs groupe les signes les plus divers et nous avons pu rencontrer fréquemment les vomissements (7 fois sur 11), les douleurs épigastriques (6 fois sur 11), l'amaigrissement (5 fois sur 11). L'hémorragie, quant à elle, a été découverte 2 fois, sous la forme d'une hématémèse et d'un mélæna. Dans un seul cas, la tumeur a pu être palpée au creux épigastrique. A l'heure actuelle, devant ce polymorphisme symptomatologique, il semble que l'on ne puisse pas dégager des caractères nosologiques sinon communs à toutes les variétés histologiques, à tout le moins particuliers à chaque groupe tumoral. En effet, soit par son siège, soit par son volume, soit enfin par son nombre (unique ou multiple), la tumeur peut être le point de départ à telles ou telles manifestations cliniques responsables de la difficulté du diagnostic.

La voie d'approche du diagnostic positif a été considérablement améliorée par le développement des examens radiologiques qui précisent les critères de bénignité en se basant sur certains aspects macroscopiques : lacune bien limitée, quelquefois ulcérée en son centre (point de départ à l'hémorragie), respectant les plis muqueux sur une paroi souple... Il nous a été donné de rencontrer un cas assez particulier de tumeur bénigne antrale ayant radiologiquement l'aspect d'une ulcération dysmorphocytaire superficielle.

L'endoscopie permet de mieux situer la tumeur, d'en apprécier l'aspect macroscopique, de vérifier l'état de la muqueuse qui la recouvre et de celle qui l'entoure, d'objectiver d'autres tumeurs passées inaperçues à l'examen radiologique, de vérifier éventuellement le péristaltisme gastrique, et d'apporter ainsi un complément de recherches diagnostiques tout aussi précieux.

Le tubage, lorsqu'il a pu être pratiqué, a montré dans certains cas de l'achlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie (3 fois sur 5) et, devant la hantise de dégénérescence maligne qui domine le pronostic de ces tumeurs bénignes, a engagé encore plus à l'acte chirurgical.

Le traitement médical, ici, n'a qu'une portée limitée, se bornant à un rôle pré-opératoire en combattant les processus inflammatoires surajoutés et la déficience de l'état général.

L'intervention chirurgicale demeure, à l'heure actuelle, la thérapeutique essentielle, car elle seule permet de porter un diagnostic histologique précis (en dehors duquel ni la radiologie ni la gastroscopie ne peuvent trancher le problème) et de conditionner ainsi l'importance de l'exérèse.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
LAMBLING

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Albot (G.), Parturier-Albot (M.), Nezelof (C.) et Prévost. — Les pancréas accessoires. (*Acta Gastro-Entérolog. Belg.*, 1954, *17*, 850-871.)

Albot (G.) et Lunel (J.). — Pathologie de l'antre gastrique. (*La Revue du Praticien*, 21 mars 1963, t. 13, n °9, 950, bibliogr.)

Boiffin, Breger (P.R.) et Nicaud (P.). — Tumeur bénigne de l'estomac invaginée dans le duodenum. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest.*, avril 1962, t. 51, n° 4, 379-383.)

Bonzanini (C.) et Bertoli (A.S.). — A propos de quelques tumeurs bénignes de l'estomac. (*Arch. Ital. Chirurgie*, 1962, t. 88, n° 3, 284-310, 11 fig., bibliogr. Résumé français.)

Carey (J.B.) et Hay (L.J.). — Polypes gastriques (Gastric polyps). (Mineapolis, *Gastroenterology*, 1950, vol. 14, 280-291.)

Cerckez (E.V.). — La présence d'un polype gastrique justifie-t-elle la gastrectomie subtotale élargie ? (*Lyon Chirurg.*, janvier 1962, t. 58, n° 1, 19-26, bibliogr.)

Compte-rendu du 7e Congrès International de Gastro-entérologie de Bruxelles. 1964.

Cousin (R.). — Le polyadénome en nappe de l'estomac. (*Mémoire pour le C.E.S. d'Electro-radiologie*, Paris, 1950, 57 p.)

Delannoy (E.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Lyon Chirurg.*, 1965, n° 3.)

Dupuy (R.). — La Gastro-entérologie en 1962. (*La Revue du Praticien*, 21 mars 1963, t. 13, n° 9, 930-932, bibliogr.)

Fékété (F.). — Tumeurs bénignes de l'estomac. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, Estomac-Intestin, 1959, t. 1, 9 026, A^{10}, bibliogr.)

Flabeau (F.), Terquem (J.) et Henry (J.-G.). — A propos de l'évolution et du traitement chirurgical des schwannomes gastriques. (*Presse Médicale*, 23 juin 1962, t. 70, n° 31, 1 519-1 520, bibliogr.)

Fovet (A.), Lescut (J.) et Dauchy (J.). — Schwannome dégénéré. (*Arch. Mal. App. Digest.*, mars 1962, t. 51, n° 3, 232-234.)

Gaon (D.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Rev. Clin. Españ.*, 31 juillet 1964, t. 94, n° 2, 81-97, bibliogr.)

Henry (J.-G.), Kamoun (L.) et Plane (J.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. *Gaz. Méd. France*, 1964, t. 71, n° 22, 3 747-3 761, bibliogr.)

Hillemand (P.), Chaouat (Y.) et Coll. — A propos du diagnostic et de la thérapeutique des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Semaine des Hôpitaux*, Paris, novembre 1951, t. 27, n° 88, 3 506-3 509.)

Hillemand (P.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (In *Maladies de l'Estomac, de l'Œsophage, du Duodénum*, Paris, Flammarion édit., Collections Médico-Chirurgicales, 1950 (avec mises à jour annuelles), 612-620 et 631a.)

Hoeffel (J.-Cl.) et Bismuth (V.). — Intérêt de la radiologie dans le diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac. (*France Médicale*, décembre 1962, t. 25, n° 10, 507-519.)

Inglesakis (J.-A.) et Raybaut. — Une observation de schwannome de la partie haute de l'estomac. (*Société de Gastro-Entérologie du Littoral Méditerranéen*, séances des 2 et 3 juin 1962 ; — Rapporté dans les *Arch. des Mal. des l'App. Digestif*, novembre 1962, t. 51, n° 11.)

Lambling (A.), Allaines (F. d') et Debusschorre (F.M.). — Tumeurs bénignes du canal pyloro-duodénal. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1945, t. 34, 156-158.)

Le Roy (A.), Blanc (P.) et Henry (J.). — Le traitement chirurgical des schwannomes. A propos de 72 cas. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séances des 10, 17 et 24 janvier 1962, t. 88, n° 1-2-3, 105-108.)

Mallet-Guy (P.), Mouchet (A.), Gosset (J.), Hepp (J.). — Nouveau précis de pathologie chirurgicale, Paris, Masson et Cie édit., 1957, 2e éd., t. V : « Pathologie de l'abdomen ».)

Mercadier (M.), Martin (E.) et Vayre (P.). — Polype gastrique d'évolution maligne. (*Confront. Radio-Anat.-Clinique*, suppl. *Presse Médicale*, 8 février 1964, t. 72, n° 7, 8-9.)

Meyer (A.). — A propos de la clinique et de la thérapeutique des tumeurs gastriques bénignes. (*Münch. Med. Wsch.*, 6 septembre 1963, t. 105, n° 36, 1726-1730, résumé français.)

Monaco (A.P.), Roth (S.I.), Castleman (B.) et Welch (C.E.). — Polype adénomateux de l'estomac. Une étude clinique et anatomo-pathologique de 153 cas. (*Cancer*, mai-juin 1962, t. 15, n° 3, 456-467, bibliogr.)

Monod-Broca (Ph.) et Henry (J.). — A propos du traitement des schwannomes gastriques. (*Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*, 10, 17 et 24 janvier 1962, t. 88, n° 1-2-3, 108-112.)

Morin (G.) et Moreau (R.). — Schwannome gastrique : fausses images d'ulcération. (*Journal Radiol. et Electrol.*, mars-avril 1956, t. 37, n° 3-4, 179, 2 fig.)

MOULONGUET. — Tumeur villeuse de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Digest.*, septembre 1942, t. 31, n° 6-7, 244-248.)

PERRIER (A.). — Un schwannome gastrique insolite. (*Ann. Chir.*, décembre 1964, t. 18, n° 25-26, 1591-1595.)

REBOUL (J.) et coll. — Présentation d'une séquence radio-cinématographique d'une tumeur bénigne de l'estomac. (*Arch. Mal. App. Digest.*, avril 1962, t. 51, n° 4, 419-421.)

ROUX (M.). — Les tumeurs bénignes de l'estomac. (*Presse Médicale*, 31 mai 1952, t. 60, n° 37, 813-814.)

SÉRAFINO (X.), QUÉNUM (C.) et SÉRAFINO (Mme G.). — A propos d'un éventuel « schwannome » malin de l'estomac. (*Bull. Soc. Méd. Afr. Noire*, 1963, t. 8, n° 5, 557-563, 7 fig.)

SHAROV (B.K.). — Diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Rev. Radiol.*, Moscou, mai 1964, t. 39, n° 5, 53-54.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^